

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

24/12/2022

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016661

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11882 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUDRI KARIMA Date de naissance : 27/08/1997

Adresse : 16 Bis, Rue Ayoub Sidi Aït Boufogane Casab

Tél. : 0615354155 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/08/2022

Nom et prénom du malade : H. HAKANI

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 31/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : H. HAKANI



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/06 2022	02		300,00	
				Dr Ben Abdellah Ben Kaddour 06-07-2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
<i>Dr. A. Tammam - Tammam Pharmacy - 092064559</i>	10/08/2022	4 1104.800

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

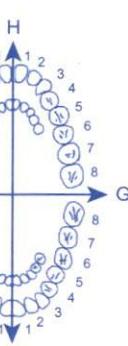
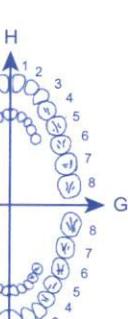
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELIEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

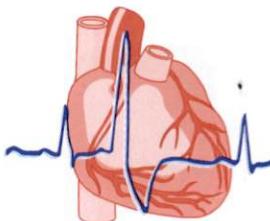
Dr. Abdellatif LAKHSSASSI

Spécialiste des Maladies du Coeur
et des Vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier

Membre de la Société Française
de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie
des Polycliniques de la Sécurité Sociale



الدكتور عبد اللطيف الخصاصي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بمونبولي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب

رئيس قسم أمراض القلب سابقا

بمصحات الضمان الاجتماعي

بمصحات الضمان الاجتماعي

Casablanca, le 31.08.2022 الدار البيضاء، في

345

Monseigneur < 400mm

138,10 x 8 Puçar 100
001 1104,80 S.V.C m
7002064559 Thy.

صيدلية تاماروتفت
Dr. BENKIRANE Dounia
4, Rue Tamaroût - Bourgogne
Casablanca - Tél. 05 22 26 36 16

الدكتور عبد اللطيف الخصاصي
Dr. LAKHSSASSI Abdellatif
Cardiologue
33, Boulevard Abdellatif Ben Kaddour
Tél : 05 22 94 06 06

صيدلية تاماروتفت
Pharmacie Tamaroût
Dr. BENKIRANE Dounia
4, Rue Tamaroût - Bourgogne
Casablanca - Tél. 05 22 26 36 16

33 شارع عبد اللطيف بن قدور - إقامة بيلا فيستا II - شقة 4 - الطابق 2 - الدار البيضاء

33 Bd. Abdellatif Ben Kaddour - Rés. Bella Vista II - Appt. N° 4 - 2ème Etage - Casa

الهاتف : GSM : 06 61 14 48 64 - المحمول : FAX : 05 22 94 00 60 - TEL : 05 22 94 06 06

PPV:138DH10
PER:12/24
LOT:K3609

PPV 138DH10
PER 03/24
LOT K2673

PPV:138DH10
PER:12/24
LOT:K3609

PPV 138DH10
PER 11/24
LOT K3200

PPV 138DH10
PER 11/24
LOT K3200

PPV 138DH10
PER 08/24
LOT K2073

PPV 138DH10
PER 10/24
LOT K2634

PPV:138DH10
PER:03/25
LOT:L939

DEMANDE DE DEROGATION

Code : PM2FR01

Version : 01

Date : 15/06/2022

Je soussigné(e),	أنا الموقّع (أسفله)
Nom : MOUPRADI	الاسم العائلي:
Prénom : KABIMA	الاسم الشخصي:
Matricule : 11881	رقم التسجيل:
Numéro de feuille de soins : P19-0016661	رقم ورقة التعويض عن المرض:
Motif dérogation :	سبب الطلب:
<i>Suite à ma maladie je n'ai pas pu déposer le dossier à temps</i>	

Je déclare être informé des dispositions du Règlement Intérieur :

• **ARTICLE 23.1 (accord préalable)**

L'accord préalable de la MUPRAS est demandé pour les cas suivants sous prescription médicale :

- Les hospitalisations au Maroc ou à l'étranger en clinique, en hôpital, en sanatorium ou préventorium ;
- Les séjours en maison de repos ;
- Les interventions chirurgicales ;
- Les prothèses dentaires et orthodontie maxillo-faciale ;
- L'orthopédie ;
- La rééducation ;
- Les cures thermales ;
- La psychiatrie, psychomotricité et orthophonie ;
- La procréation ;
- Les lentilles optiques ;
- Les soins accordés aux handicapés physiques ou mentaux ;
- Les actes effectués en série. Il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps ;
- Les actes d'oncologie, Hématologie, chimiothérapie et la pharmacie pour les ALD et ALC (Affectation Longue Durée et chronique). La MUPRAS prendra en charge et remboursera les frais occasionnés par ces cas après accord du contrôle médical.

• **ARTICLE 25 (feuille de soins maladie)**

Sa validité est fixée à 3 mois, passé ce délai, aucune indemnité ne peut être accordée.

أقر بأنني على علم بأحكام النظام الداخلي وخاصة
• **المادة 23.1 (طلب الموافقة القبلية)**

من الواجب على المنخرط طلب الموافقة القبلية بموجب وصف طبي في الحالات التالية:

الاستشارة في المغرب أو خارج المغرب في العادة، المستشفى أو المرضي العلاجي

الاستشارة في المنزل

لتدخلات العلاجية

تركيب وتقويم الأسنان للثcken

طب العظام

الترويض الطبي

العلاج العراري.

علم امراض النطق والامراض النفسية.

الإنجاب

الحدسات البصرية.

رعاية المعاقدن جديدا وعانيا.

التدخلات الطبية المتسلسلة بمعنى المتكررة في عدة حচص التي تشمل تدخل او اكثر في إطار وقت محدد.

أمراض الأورام، أمراض الدم، الصيدلة والإمراض المزمنة التماضدية تتولى تسديد التكاليف التي تكتبتها في هذه الحالات بعد موافقة الرقابة الطبية

• **المادة 25 (ورقة التعويض عن المرض)**

يتم تحديد صلاحيتها بـ 3 أشهر، وبعد هذه الفترة، لا يمكن منح أي تعويض

- Les dérogations sont à titre exceptionnel et ne peuvent être demandées qu'une seule fois par adhérent et ayant droit.
- La dérogation ne sera prise en charge que si la date du dossier RFM ne dépasse pas 6 mois de ladite demande.

Le : 12/12/2022

في التاريخ

A : Casablanca

في

Signature (lu et approuvé*)

التوقيع

Lu et approuvé
E. G. K.



MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 Relatives à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

معالجة البيانات الفردية تتوافق مع القانون 09-08 فيما يتعلق بحماية الأفراد فيما يتعلق بمعالجة البيانات الشخصية.

*La mention **lu et approuvé** est obligatoire pour l'étude du dossier